

VIDA SAUDÁVEL

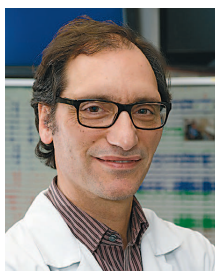
ESTE SUPLEMENTO COMERCIAL FAZ PARTE INTEGRANTE DO DIÁRIO DE NOTÍCIAS DE 14 DE MARÇO DE 2015
E NÃO PODE SER VENDIDO SEPARADAMENTE.

DIA MUNDIAL DA PESSOA COM EPILEPSIA

▼
A epilepsia é uma doença do sistema nervoso que causa alterações repetidas, súbitas e breves da atividade elétrica do cérebro, manifestando-se por crises epiléticas recorrentes. As crises epiléticas são episódios de descarga anormal e excessiva de células nervosas cerebrais, que afetam temporariamente a forma como a pessoa se comporta, move, pensa ou sente

Bial

ao serviço da sua Saúde



✓
DR. FRANCISCO SALES
Neurologista do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Presidente da Liga Portuguesa contra a Epilepsia

EPILEPSIA É MAIS DO QUE TER CRISES

A EPILEPSIA É UMA DOENÇA

NEUROLÓGICA CRÔNICA, CARACTERIZADA PELA EXISTÊNCIA DE CRISES EPILÉTICAS RECORRENTES, NÃO PROVOCADAS

As crises epiléticas traduzem uma descarga elétrica anormal e excessiva no nosso cérebro, manifestando-se por alterações clínicas motoras e não motoras.

As manifestações clínicas das crises epiléticas são variáveis em função das diferentes partes do cérebro envolvidas nessa descarga. No entanto, a epilepsia não é apenas as crises epiléticas, pelo que, entre as crises, podem também existir alterações em várias esferas, nomeadamente cognitivas, comportamentais, psicológicas, sociais. Na Europa existem cerca de seis milhões de pessoas com epilepsia, estimando-se que uma em cada duzentas pessoas sofra de epilepsia. São de facto números bem significativos. Por variadas razões, a epilepsia e os doentes com epilepsia sempre se têm situado na zona de penumbra. Esse evitamento da exposição é reforçado por várias condutas institucionais e da sociedade em geral, de alguma forma perpetuando o estigma associado a esta doença, que não é sobreponível ao de tantas outras doenças crônicas. No entanto, talvez possamos estar

num momento de viragem, e por isso gostaria de referir algumas das mais importantes iniciativas globais, que julgo estarem a contribuir para melhorar a sensibilização pública para esta doença.

➤ **Aprovação da Declaração Escrita sobre Epilepsia** foi anunciada na sessão plenária de 15 de setembro de 2011 no Parlamento Europeu e traduz uma vontade de afastar a epilepsia dessa zona de penumbra e colocá-la na agenda dos diversos Estados-membros. Ver em <http://www.epilepsia.pt/pt/lpce/colab-internacionais>.

Tendo sido assinada por 459 deputados, trata-se da terceira maior adesão de todas as declarações de doenças desde 2004. Quase todos os eurodeputados portugueses assinaram essa declaração, dando assim sinais de uma crescente sensibilização para os problemas enfrentados pelas pessoas com epilepsia na realidade nacional e europeia. Esperamos que a assinatura desta declaração possa vir a ter um impacto concreto nos recursos destinados pela União Europeia à investigação de

melhores tratamentos, bem como à proteção de direitos e promoção da qualidade de vida das pessoas com epilepsia.

➤ **Campanha europeia: Epilepsia é mais do que ter crises.** Este tema foi o escolhido pela Liga Internacional contra a Epilepsia para a campanha europeia para 2014/2015. Em Portugal agendaram-se várias iniciativas, científicas, educacionais e de divulgação pública. Uma das ações – “Um gesto basta” –, onde um comportamento muito simples, como a partilha de um objeto simbólico, no caso um balão lilás, se pode transformar num projeto de entreajuda. “Epilepsia é mais do que ter crises” direciona-nos para duas realidades bem distintas: A primeira, que felizmente abarca a maioria das pessoas com esta doença e onde – “epilepsia é mais do que ter crises” – terá de significar que existe muito mais vida para além das crises. Na verdade, estes doentes o que ambicionam é esquecer que existe a doença. São por norma epiléticos onde as crises se encontram

já controladas, embora mantendo uma medicação diária. Por isso e progressivamente vão retomando todas as tarefas quotidianas, incluindo a condução. A grande angústia é a sempre presente e imprevisível possibilidade de ocorrer uma nova crise. Em geral, estas pessoas com epilepsia evitam a exposição, preferindo não assumir publicamente a doença. Em Portugal estima-se que existam cerca de quarenta mil pessoas nestas circunstâncias.

A outra realidade dirige-nos para pessoas com formas mais graves de epilepsia (cerca de vinte mil pessoas em Portugal), onde – “epilepsia é mais do que ter crises” – significa haver infelizmente grandes condicionalismos para o exercício de uma vida ativa. Para além das crises, estes doentes podem apresentar também problemas de aprendizagem, psicopatologia, problemas de relacionamento interpessoal, etc., havendo com frequência discriminação e exclusão social. Este grupo de doentes tem maior morbilidade e mortalidade e maior impacto em termos económicos, pela necessidade de recorrer com maior frequência aos serviços de saúde.

Esta campanha europeia dirige-se a todas as pessoas com epilepsia, ao público em geral e aos governos, para que estes invistam mais na investigação e tratamento da epilepsia. Em Portugal, pretendemos com esta campanha dar a conhecer um pouco mais sobre o

que é a epilepsia. Ver em: <http://www.epilepsia.pt/pt/lpce/a-epilepsia-e-mais-do-que-ter-criSES>.

➤ **Comemoração do Dia Mundial da Epilepsia.** Iniciativa organizada pela primeira vez em todo o mundo, foi agendada para a 2.ª segunda-feira do mês de fevereiro.

Este ano ocorreu no dia 9 de fevereiro. Na Europa, este dia era já o Dia Europeu da Epilepsia e esteve sempre muito relacionado com o Dia de São Valentim, personagem historicamente invocada pelos doentes que sofriam de epilepsia para sua proteção, surgindo como patrono da epilepsia. A importância de promover o conhecimento e a sensibilização públicos para esta doença não pode ser subestimada, e estabelecer um Dia Mundial de Epilepsia é enviar uma mensagem forte para toda a comunidade de que a epilepsia é uma doença global, requerendo ações a nível de cada país. Ver em <http://www.epilepsia.pt/pt/articles/epilepsyday>.

➤ **A epilepsia é colocada pela primeira vez na agenda da OMS** (Genebra, janeiro de 2015) como doença prioritária, necessitando de uma ação coordenada a nível de cada país, dirigida aos seus aspetos médicos, sociais e conhecimento público. É nossa esperança que os Estados sigam estas orientações da OMS. Ver em: www.epilepsia.pt/pt/lpce/oms-epilepsia-e-prioritaria.

FICHA TÉCNICA ▶

Os dados, opiniões e conclusões expressos neste suplemento não refletem necessariamente os pontos de vista de Bial, mas apenas os dos Autores. Bial não se responsabiliza pela atualidade da informação, por quaisquer erros, omissões ou imprecisões. VIDA SAUDÁVEL é uma edição da Unidade de Soluções Comerciais Multimédia da Global Media Group | Coordenação e Edição SOFIA SOUSA | Edição e Textos HÉLDER PEREIRA | Fotografia D.R. | Publicidade PAULO BRUNHEIM | Design Gráfico e Coordenação de Arte SOFIA SOUSA | Paginação CRIATIVOS LISBOA

Bial

ao serviço da sua Saúde

CONHECER O PROBLEMA



✓
PROF. DOUTOR JOSÉ PIMENTEL
Neurologista, Coordenador da
Consulta de Epilepsia e do Grupo de
Cirurgia da Epilepsia do Hospital de
Santa Maria (CHLN)

A epilepsia é a doença neurológica mais frequente, afetando pessoas de todas as idades, raças e classes sociais.

A epilepsia afeta cerca quatro a seis por mil habitantes e tem uma incidência de cerca de cinquenta novos casos por cem mil habitantes por ano. É evidente que estes números variam muito, de acordo com a proveniência respetiva, podendo ser menos consistentes e fiáveis se derivados de países subdesenvolvidos, mas, ao mesmo tempo, também muito superiores, dadas as piores condições sanitárias dessas mesmas regiões. Calcula-se que mais de cinquenta milhões de pessoas sofram desta doença em todo o mundo, das quais três quartos em países de poucos recursos económicos, sem ou com acesso muito limitado a cuidados de saúde básicos.

Embora a epilepsia se manifeste por crises epiléticas (CE), nem todas

as pessoas com CE são epiléticas. Por exemplo, uma hipoglicemia (baixa de açúcar no sangue) que ocorra numa pessoa diabética pode manifestar-se por uma CE (geralmente denominada “provocada”), e ela terá de ser tratada com introdução de açúcar (glicose) no sangue e não com medicamentos antiepiléticos. Ser epilético significa, portanto, ter pelo menos uma CE denominada “não provocada”, isto é, não induzida por qualquer causa que atue apenas acidental e esporadicamente.

O sexo masculino parece ser afetado mais frequentemente do que o feminino, embora não atingindo valores significativos. Mais importante é a maior incidência da epilepsia na idade pediátrica e nos idosos, facto que tem que ver com o maior número de epilepsias genéticas (que não hereditárias!) na primeira e de epilepsias secundárias a doenças neurológicas (por exemplo, acidentes vasculares cerebrais, traumatismos cranioencefálicos, demências) na segunda.

A epilepsia está intimamente associada a fatores socioeconómicos. Assim, a carência destes pode atuar como causa de maior número de casos, mas, ao mesmo tempo, ser uma consequência da doença. Tenha-se em mente, por exemplo, a alta percentagem (46%) de desemprego na população epilética quando comparado com a população de controlo (19%), facto que resulta, em grande parte, da estigmatização social a que as pessoas com epilepsia estão sujeitas. Este é um problema de grandes proporções, grave, que urge ser encarado com responsabilidade pelas autoridades de saúde e por todos quantos lidam, de qualquer maneira, com estas pessoas e com esta doença.

O risco de morte é também superior na população epilética, cerca



A EPILEPSIA ESTÁ INTIMAMENTE ASSOCIADA A FATORES SOCIOECONÓMICOS. ASSIM, A CARÊNCIA DESTES PODE ATUAR COMO CAUSA DE MAIOR NÚMERO DE CASOS, MAS, AO MESMO TEMPO, SER UMA CONSEQUÊNCIA DA DOENÇA

de duas a três vezes superior ao da população em geral, e tanto maior quanto mais cedo começa a doença. São inúmeras as causas, desde as doenças subjacentes ou causadoras de epilepsia, passando pelas consequências da ocorrência das CE (por exemplo, acidentes relacionados diretamente com elas, acidentes de viação ou outros). Outro assunto importante que se prende com a mortalidade aumentada nesta doença tem que ver com a denominada “SUDEP”, ou morte súbita e inesperada de uma pessoa com esta doença, com uma incidência de cerca de 1,2 por mil pessoas por ano, em alguns estudos. Como fatores de

risco conhecidos, a ocorrência de CE convulsivas e generalizadas, atraso mental e tratamento com mais de dois fármacos antiepiléticos.

Concluindo, estamos perante uma doença que, embora na grande maioria das vezes decorra sem grandes problemas, pode ter efeitos nefastos para quem dela padece. Urge, como já atrás referido, que todos, pessoas com epilepsia, por um lado, todos os que lidam com esta doença a vários níveis, por outro, tenham as condições necessárias para reduzir os seus múltiplos efeitos nefastos, e desenvolver uma ação direcionada para o bem-estar físico, mental e social de quem dela padece.

Bial

ao serviço da sua Saúde

O TRATAMENTO MÉDICO



A EPILEPSIA NÃO É UMA DOENÇA MAS UM CONJUNTO DE SÍNDROMAS DIFERENTES NA IDADE DE INÍCIO, TIPOS DE CRISES, FATORES DESENCADEANTES E RESPOSTA AOS DIVERSOS FÁRMACOS



DR. JOÃO CARMONA LOPES
Neurofisiologista do H. S.º António – CH Porto, Responsável pela Consulta de Epilepsia e EEG do CH Alto Ave – Guimarães



A primeira pretensão do tratamento médico é evitar a recorrência ou reduzir a frequência de crises epiléticas. É bem conhecido o agravamento de algumas crises por determinados fármacos antiepiléticos e o não controlo por doses infraterapêuticas ou tóxicas. Dito de modo claro, os fármacos são determinados por médico especialista em epileptologia.

Não é primordial referir aqui estes fármacos, mais de uma dúzia, nem as características, via de administração ou possíveis efeitos secundários (dependentes da dose, utilização em mono/politerapia e modo de administração), mas referir condutas e atitudes que possam contribuir para o controlo pretendido. Segundo alguns estudos, 30% dos doentes não cumprem a prescrição, por esquecimento ou outra razão, excluindo os efeitos secundários. A omissão de uma toma, apesar da retoma dos horários, determina a redução significativa da concentração sanguínea. Em regra, são necessárias duas semanas para recuperar os níveis séricos prévios.

Este intervalo é de alto risco para a recorrência de crises. Também a alteração, por vezes sem critério clínico, por médicos ou farmacêuticos, de genéricos com o mesmo princípio ativo mas de “marcas” diferentes, poderá ser fator de recorrência das crises. Consideramos regras de ouro não omitir tomas nem alterar genéricos.

O sono, pelas particularidades da atividade elétrica cerebral, é um fator de extrema importância. Algumas crises só aí ocorrem e outras são acentuadas pela desregulação do sono, seja por alteração voluntária do horário ou ritmo circadiano, por substâncias químicas, ou por apneias e hipopneias. Assim, criar condições para um sono de qualidade e quantidade, com horários regulares,

é outra regra fundamental para o sucesso do tratamento.

Há fatores externos que desencadeiam crises e devem ser evitados. A fotossensibilidade (sol/outra fonte de luz) ocorre em cerca de 5% dos epiléticos. Estes doentes também são identificados pela estimulação luminosa intermitente do EEG. A intensidade e a intermitência/frequência (Hz) são os determinantes. Preconiza-se a utilização de óculos com filtros azuis ou amarelos/castanhos para a luz solar e discotecas.

Só para doentes com crises despertadas pela televisão, consolas de jogos ou computadores há restrições à sua utilização. Quando estímulos auditivos, leitura, cálculo, vibrações, música, água do banho ou outro qualquer são responsáveis por crises, devem ser evitados. As substâncias de abuso e o álcool são interditos. A cafeína poderá ser permitida se for necessário evitar o sono diurno.

As intercorrências psiquiátricas ou médicas, as infeções, a febre, a hipoglicemia e automedicação concorrem para a recorrência e merecem tratamento precoce e eficaz.

A dieta cetogénica, rica em gorduras, tem eficácia se associada aos fármacos. A homeopatia/ervanária ainda não disponibilizou demonstração científica da sua utilidade. Sabe-se que a valeriana e o hipericão elevam os níveis séricos de alguns fármacos. Sobre a musicoterapia (Mozart), a acupunctura e a medicina chinesa, existem relatos da redução de crises.

O tratamento médico, com todos os fatores atrás descritos, contribui para o controlo efetivo de até 70% dos epiléticos. Para os restantes, reserva-se abordagem cirúrgica curativa ou paliativa ou estimulação do nervo vago, mantendo-se sempre os mesmos cuidados.



A OMISSÃO DE UMA TOMA, APESAR DA RETOMA DOS HORÁRIOS, DETERMINA A REDUÇÃO SIGNIFICATIVA DA CONCENTRAÇÃO SANGUÍNEA. EM REGRA, SÃO NECESSÁRIAS DUAS SEMANAS PARA RECUPERAR OS NÍVEIS SÉRICOS PRÉVIOS

Bial

ao serviço da sua Saúde



DR. RICARDO REGO
Neurologista, Coordenador
da Unidade de Monitorização
de Epilepsia.
Grupo de Cirurgia de Epilepsia
do Centro Hospitalar de São João



O TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS EPILEPSIAS

EM CERCA DE 30% DAS PESSOAS COM EPILEPSIA, AS CRISES EPILÉTICAS NÃO SÃO CONTROLÁVEIS COM MEDICAÇÃO

Chamamos a essas formas de epilepsia farmacorresistente ou refratárias. A persistência de crises condiciona sérios riscos de saúde e limitações a uma vida plena; no caso das crianças, pode também comprometer o desenvolvimento cognitivo.

Algumas dessas pessoas podem ser candidatas a cirurgia de epilepsia. As causas de epilepsia mais comuns nos doentes que dela beneficiam são a esclerose do lobo temporal mesial, tumores de baixo grau (i.e., estáticos ou de crescimento muito lento), malformações do desenvolvimento cortical, lesões cerebrais perinatais, sequelas de traumatismo cranioencefálico e algumas malformações vasculares.

Existe evidência clara de que em muitas destas formas de epilepsia refratária a eficácia da cirurgia é muito superior ao tratamento “apenas” com medicamentos. Por exemplo, na esclerose do lobo temporal mesial, a cirurgia permite o controlo completo das crises em 70-80% dos doentes, enquanto sem cirurgia menos de 10% atingirão esse objetivo. Em que consiste, então, a cirurgia da epilepsia? Trata-se da remoção ou desconexão da região cerebral onde as crises têm origem (designada de “zona epileptogénica”), garantindo ao mesmo tempo que o procedimento não causa défices neurológicos inaceitáveis. O objetivo é atingir a remissão de crises ou, nos casos em que

tal não é possível, melhorar o seu controlo. Para determinar se a cirurgia é possível, a avaliação deve ser feita por equipas multidisciplinares diferenciadas. Essa avaliação inclui: monitorização videoeletroencefalográfica, para entender a correlação entre as crises epiléticas e as regiões de atividade elétrica cerebral anómala; ressonância magnética cerebral de alto campo, para detetar lesões epileptogénicas e definir a sua localização precisa; avaliação neuropsicológica; avaliação psiquiátrica; e, em casos selecionados, imagem funcional [ressonância magnética funcional, PET (tomografia por emissão de positrões) e SPECT (tomografia computadorizada por emissão de fóton único)].

O procedimento cirúrgico varia em função da localização e extensão da zona epileptogénica, bem como da patologia de base. Em muitos casos, os resultados da investigação inicial permitem fazer uma cirurgia a um tempo; noutros casos, é necessário num primeiro tempo implantar elétrodos intracranianos para definir com maior precisão a zona onde as crises têm início e mapear as funções cerebrais na vizinhança dessa zona. Em centros com experiência nestes procedimentos, o risco de complicações é muito baixo e claramente ultrapassado pelos potenciais benefícios.

Embora seja possível determinar que uma determinada epilepsia é refratária após um a dois

anos de seguimento, no máximo, continua a existir um atraso significativo, tanto a nível internacional como no nosso país, na referência a centros onde a cirurgia de epilepsia está disponível. Por exemplo, nos doentes submetidos a estes procedimentos no Hospital de São João entre 2011 e 2014, a média de duração da epilepsia antes da referência foi de cerca de vinte anos...

É uma área em que a comunidade médica pode e deve melhorar – necessitamos de reconhecer a refratariedade das epilepsias e referenciar para avaliação da possibilidade de tratamento cirúrgico muito mais cedo. Os ganhos potenciais em qualidade de vida para os nossos doentes são inestimáveis.

Bial

ao serviço da sua Saúde

DEPRESSÃO E EPILEPSIA

DEVIDO À COMPLEXIDADE DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DOS DOENTES EM QUE A DEPRESSÃO E EPILEPSIA SE ASSOCIAM, ESTES DEVEM SER REFERENCIADOS E SEGUIDOS NUMA CONSULTA DE EPILEPSIA DUM CENTRO ESPECIALIZADO, DE PREFERÊNCIA POR UMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR, QUE, PARA ALÉM DE NEUROLOGISTAS, INCLUA PSQUIATRAS E PSICÓLOGOS



DR. NUNO CANAS
Neurologista do Hospital Beatriz Ângelo, Loures; Grupo de Cirurgia da Epilepsia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

A depressão é uma doença caracterizada por humor triste e falta de prazer nas atividades diárias (anedonia), podendo ser acompanhada de sentimentos de culpa, falta de autoestima e de concentração, ansiedade e outros sintomas, tais como alterações do sono, do apetite e peso, desinteresse sexual, ou fadiga. Para se efetuar o seu diagnóstico, os sintomas depressivos devem persistir pelo menos durante duas semanas. A epilepsia e a depressão são duas patologias frequentemente associadas, estimando-se que cerca de 25% dos doentes epiléticos tenham um episódio depressivo ao longo da sua vida; esta associação pode ocorrer em adultos e crianças e em ambos os sexos. A depressão é mais frequente nos doentes com epilepsias secundárias a lesões cerebrais, com crises em que o nível de consciência esteja afetado, que estejam desempregados ou que tenham outros problemas de saúde.

A presença de depressão nos doentes epiléticos afeta significativamente a sua qualidade de vida, aumentando a probabilidade de efeitos adversos e falta de eficácia dos fármacos antiepiléticos (FAE), diminuindo a eficácia da cirurgia da epilepsia e aumentando o número de pessoas que desenvolvem epilepsia após a primeira crise epilética.

Por a depressão nos doentes com epilepsia apresentar algumas características atípicas, tais como flutuações rápidas e grande variabilidade dos sintomas depressivos, o seu diagnóstico é por vezes difícil, sendo por isso útil a existência de inquéritos que a permitam identificar.

De um modo simplista, poder-se-ia pensar que a depressão nos doentes com epilepsia resulta do impacto que a presença de crises epiléticas tem no seu dia a dia, tais como o risco de lesões corporais na sequência das crises ou a inibição de condução ou resultar de efeitos adversos dos FAE, alguns dos quais com capacidade de agravar ou mesmo induzir sintomas depressivos; por outro lado, nos doentes com depressão, o risco de desenvolverem crises epiléticas pode estar aumentado devido a alguns antidepressivos as poderem desencadear. No entanto, estudos efetuados nos últimos anos evidenciaram que existem mecanismos biológicos comuns à epilepsia e à depressão, tais como alterações hormonais, imunológicas, moleculares e celulares em determinadas estruturas cerebrais envolvidas nestas patologias, justificando-se, assim, a relação bidirecional que existe entre elas e o facto de estarem frequentemente associadas. Quando tal acontece, a depressão nos doentes epiléticos deve ser tratada com antidepressivos que estejam associados a um menor risco de induzir crises epiléticas, devendo ser evitados aqueles em que este risco esteja aumentado; e devem ser preferencialmente utilizados FAE sem efeito significativo no humor, e de preferência podendo mesmo melhorá-lo.



A PRESENÇA DE DEPRESSÃO NOS DOENTES EPILEPTICOS AFETA SIGNIFICATIVAMENTE A SUA QUALIDADE DE VIDA, AUMENTANDO A PROBABILIDADE DE EFEITOS ADVERSOS E FALTA DE EFICÁCIA DOS FÁRMACOS ANTIEPILEPTICOS

Bial

ao serviço da sua Saúde

QUALIDADE DE VIDA



✓
DR. JOÃO CHAVES
 Neurologista do Hospital
 de Santo António –
 Centro Hospitalar do Porto

✓
A EPILEPSIA PODE TER UM ENORME IMPACTO AO NÍVEL FÍSICO, PSICOLÓGICO E SOCIAL, ACARRETANDO UM PREJUÍZO NA QUALIDADE DE VIDA, QUE PODE SER MAIOR DO QUE O VERIFICADO EM OUTRAS DOENÇAS CRÔNICAS



“
 A PESSOA COM EPILEPSIA LIDA COM A ANGÚSTIA, A ANSIEDADE, A DEPRESSÃO, A BAIXA AUTOESTIMA, E TENDE, POR ISSO, A TER COMPORTAMENTOS SOCIAIS DE EVITAMENTO. OS NÍVEIS DE DESEMPREGO NOS DOENTES COM EPILEPSIA SÃO DUAS A TRÊS VEZES MAIORES DO QUE NA POPULAÇÃO EM GERAL

A imprevisibilidade e a gravidade das crises epiléticas são o ponto fulcral na distinção desta doença crónica das outras. Há crises epiléticas que trazem poucas repercussões funcionais para o doente, quer por serem breves, por não comprometerem a consciência, quer por se traduzirem em sintomas que não perturbam a vida do doente (um cheiro, um formigueiro), mas há crises que cursam com queda, com generalização secundária, com incontinência urinária, e estas têm obviamente um enorme impacto na vida da pessoa com epilepsia. Como não pode prever, o doente não se protege das consequências da crise epilética, podendo sofrer traumatismos físicos, queimaduras, afogamento. Como as crises podem ocorrer nas mais inesperadas situações (nas aulas, no trabalho, em família, no espaço público), não é possível escondê-las, o doente não consegue, assim, reservar a sua doença ao foro privado, sendo denunciado publicamente, conduzindo-o ao isolamento social.

É uma doença que encerra ainda muito estigma, pelo grande desconhecimento que o público em geral tem dela. Associada à possessão de espíritos impuros na Antiguidade, é atualmente ainda confundida como uma doença mental do foro psiquiátrico. Na raiz da rejeição e discriminação que esta doença suscita estará também o próprio medo que todos temos de nos descontrolarmos em público.

A pessoa com epilepsia lida com a angústia, a ansiedade, a depressão, a baixa autoestima, e tende, por isso, a ter comportamentos sociais de evitamento. Os níveis de desemprego nos doentes com epilepsia são duas a três vezes maiores do que na população em geral.

Muitos doentes com epilepsia têm uma marcada redução da sua autonomia e independência, não só física, caso apresentem défices motores, sensitivos ou cognitivos de uma doença neurológica de base, quer pelo medo e insegurança gerados pelas crises. A não autorização para a carta de condução é vivenciada pelos doentes

com epilepsia como a maior das restrições, pela perda de autonomia que traz.

O objetivo primordial do médico deve ser o controlo total das crises com fármaco antiépilético (FAE), que condicione os menores efeitos secundários possíveis.

Cerca de 2/3 dos doentes ficarão controlados com um FAE e perto de 3/4 ficarão livres de crises com a associação de FAE. Estas pessoas que têm epilepsia mas que estão controladas poderão levar uma vida normal sem qualquer limitação. Os FAE mais recentes, embora não sejam mais eficazes, apresentam uma melhor tolerabilidade, permitindo uma melhor qualidade de vida. Para os doentes que são resistentes aos FAE, cerca de 5% poderão ter solução cirúrgica. Para as pessoas que vivem com a sua epilepsia não controlada, devemos promover medidas que melhorem a qualidade de vida e que reduzam o impacto físico, psicológico e social. Ter epilepsia é mais do que ter crises. As crises epiléticas são uma pequena parte da vida das pessoas com epilepsia.

Bial

ao serviço da sua Saúde